

BULLETIN D'ADHÉSION/DON

Association Lymphoedème Family
c/o Mme Cartier Corinne
23, rue de Bezons
92000 Nanterre

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

A remplir par l'adhérent (*exemplaire à conserver par l'association*):

Nom:.....**Prénom** :.....

Date de naissance :...../...../.....

Adresse :.....

Code postal :..... **Ville** :.....

Tél :.....**E-mail** :.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre/faire un don à l'association:
LYMPHOEDEME FAMILY.

Je souhaite adhérer à l'association LYMPHOEDEME FAMILY et verse la cotisation annuelle d'un montant de 10 €.

Je souhaite faire un don à l'association LYMPHOEDEME FAMILY d'un montant de :

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts qui sont mis à ma disposition en ligne. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation annuelle est de 10 €, payable par chèque à l'ordre de l'association LYMPHOEDEME FAMILY

Fait à....., le.....

Signature (*Faire précéder de la mention "Lu et approuvé"*)

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.